



Caso clinico

## Psicoterapia della Gestalt integrata e trattamento in età evolutiva: un caso clinico

LORENA VINCENZA PERRONE, VALENTINA BELLOMO, CRISTINA RUSSOTTO,  
CRISTINA GIGANTE, FLORIANA AIUTO

SiPGI - Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Gestaltica Integrata, Trapani, Italia  
Hygieia - Centro Clinico "Elvira Scalabrino", Trapani, Italia

### ABSTRACT

**Introduzione:** Il presente lavoro si propone di evidenziare l'efficacia dell'approccio gestaltico integrato nell'ambito dell'età evolutiva, facendo riferimento all'integrazione tra l'approccio umanistico esistenziale, la Gestalt play therapy, l'approccio cognitivo-comportamentale, l'analisi transazionale e la teoria dell'attaccamento.

L'approccio gestaltico integrato in età evolutiva si basa sull'assunto che il bambino, come l'adulto, possiede un potenziale autoregolativo e una tendenza naturale all'integrazione e alla crescita, a condizione che possa esprimere liberamente le proprie emozioni in un "ambiente sicuro" e nella relazione con una "base sicura".

L'esigenza di superare i confini delle singole scuole di pensiero risulta fondamentale per costruire percorsi terapeutici flessibili che possano rispondere pienamente ai bisogni del bambino e/o dell'adolescente, unendo l'atteggiamento congruente ed empatico del terapeuta, il lavoro esperienziale sul presente, la lettura dei copioni relazionali e la riparazione dei legami affettivi primari.

**Caso Clinico:** Dopo una breve panoramica teorica, il presente lavoro si propone di mostrare l'efficacia dell'approccio gestaltico integrato in ambito evolutivo, attraverso la presentazione di un caso clinico che permette di evidenziare, qualitativamente e fenomenologicamente, come l'integrazione tra l'accettazione incondizionata dell'approccio umanistico esistenziale, l'utilizzo del gioco e delle tecniche espressive e sensoriali che prendono spunto dalla Gestalt play therapy, le strategie mutuare dall'approccio cognitivo comportamentale, il lavoro sui "permessi, le ingiunzioni e le spinte" in analisi transazionale e il senso di protezione e di sicurezza relazionale sperimentato attraverso la relazione terapeutica, possa contribuire a un miglioramento significativo nella comunicazione verbale e nella consapevolezza emotiva nel trattamento dell'età evolutiva.

**Conclusioni:** I risultati di tale lavoro suggeriscono l'efficacia dell'approccio gestaltico integrato in età evolutiva, le varie fasi di intervento e l'evoluzione del processo psicoterapico nella presa in carico di un caso clinico specifico che mette in evidenza l'importanza del compito terapeutico relazionale con i bambini e del sostegno genitoriale come fattori imprescindibili che influenzano l'esito della terapia, considerando sempre l'individuo all'interno del campo fenomenologico.

### Parole chiave

Psicoterapia della Gestalt integrata, Approccio umanistico esistenziale, Gestalt play therapy, Analisi transazionale, Approccio cognitivo comportamentale, Teorie dell'attaccamento, Età evolutiva, Caso clinico.

**Citazione:** Perrone, L. V., Bellomo, V., Russotto, C., Gigante, C., & Aiuto, F. Integrated Gestalt psychotherapy and child and adolescent treatment: a clinical study. *Phenomena Journal - International Journal of Psychopathology, Neuroscience and Psychotherapy*, 8(2): 102-115.

**Editor in Chief:** Raffaele Sperandeo, PhD, MD

### Contatta l'autore:

Lorena Vincenza Perrone; e-mail: [lorenaperrone@libero.it](mailto:lorenaperrone@libero.it)

**Ricevuto:** 31 gennaio 2026

**Accepted:** 29 maggio 2026

**Published:** 26 giugno 2026



## ABSTRACT IN ENGLISH

**Background:** This paper aims to highlight the effectiveness of the Integrated Gestalt Approach in the field of developmental age, with reference to the integration between the Humanistic-Existential Approach, Gestalt Play Therapy, the Cognitive-Behavioral Approach, Transactional Analysis (TA), and Attachment Theory.

The Integrated Gestalt Approach in developmental age is based on the assumption that the child, like the adult, possesses a self-regulatory potential and a natural tendency toward integration and growth, provided they are allowed to freely express their emotions in a "safe environment" and within a relationship characterized by a "secure base."

The need to go beyond the boundaries of individual schools of thought is fundamental for building flexible therapeutic pathways that can fully respond to the needs of the child and/or adolescent. This integration unites the therapist's congruent and empathic attitude, experiential work in the here-and-now, the reading of relational scripts, and the repair of primary affective bonds.

**Case Report:** After a brief theoretical overview, this paper aims to demonstrate the effectiveness of the Integrated Gestalt Approach in developmental settings by presenting a clinical case. This case allows for a qualitative and phenomenological illustration of how the integration of unconditional acceptance from the Humanistic-Existential Approach, the use of play and expressive/sensory techniques drawn from Gestalt Play Therapy, strategies borrowed from the Cognitive-Behavioral Approach, work on "permissions, injunctions, and drivers" in Transactional Analysis, and the sense of protection and relational safety experienced within the therapeutic relationship can contribute to significant improvement in verbal communication and emotional awareness in child psychotherapy.

**Conclusions:** The results of this work suggest the effectiveness of the Integrated Gestalt Approach in developmental age, describing the various phases of intervention and the evolution of the psychotherapeutic process in the treatment of a specific clinical case. The case highlights the importance of the relational therapeutic task with children and the support of the parental couple as essential factors that influence the outcome of therapy, always considering the individual within the phenomenological field.

### Keywords

Integrated Gestalt psychotherapy, Humanistic-existential approach, Gestalt play therapy, Transactional analysis, Cognitive-behavioral approach, Attachment theory, Developmental age, Clinical case.

## INTRODUZIONE

Integrare diversi approcci di psicoterapia in età evolutiva è utile per rispondere in modo mirato e personalizzato alla complessità dei bisogni del bambino e della sua famiglia. Il funzionamento cognitivo, emotivo, relazionale e corporeo del bambino è in continua evoluzione e spesso le problematiche si esprimono in modo multifattoriale (comportamentale, emotivo, somatico, relazionale). Per questo motivo, nessun modello teorico da solo è sempre sufficiente [1].

Ogni bambino è unico, alcuni rispondono bene agli strumenti cognitivi; altri hanno bisogno di lavorare sul corpo o sulla relazione. L'integrazione consente di costruire un intervento su misura, personalizzando il trattamento. I bambini, infatti, si sviluppano sul piano cognitivo, affettivo, motorio e relazionale e, per non limitare l'efficacia del trattamento, è importante lavorare su tutti gli assi di sviluppo, favorendo una crescita armonica. In età evolutiva, l'intervento psicoterapeutico non può prescindere dal coinvolgimento dei genitori e spesso è necessario integrare

la psicoterapia del bambino con parent training e, in alcuni casi, offrire spazi di sostegno alla genitorialità o di terapia familiare [2].

I vantaggi dell'integrazione riguardano una maggiore adattabilità clinica ai bisogni reali, una riduzione della frammentazione nei percorsi terapeutici, una maggiore efficacia e durata del cambiamento e favoriscono una visione globale e sistemica del bambino [3].

### La Terapia Della Gestalt In Età Evolutiva

La psicoterapia della Gestalt è un approccio relazionale ed esperienziale che si adatta con sensibilità e creatività al mondo interno e ai bisogni dell'età evolutiva. Fondata da Fritz Perls, Laura Perls e Paul Goodman, la Gestalt è stata poi adattata al lavoro con bambini e adolescenti da vari autori, tra cui Violet Oaklander, che ha dato un contributo fondamentale.

La psicoterapia della Gestalt per bambini e adolescenti è un approccio che mette al centro l'esperienza nel "qui e ora", favorisce l'espressione autentica del sé, utilizza il gioco, il disegno,

il movimento e il linguaggio simbolico come strumenti terapeutici e punta a sviluppare consapevolezza, contatto e responsabilità [4].

I principi chiave della psicoterapia della Gestalt si fondano sul “qui e ora”, che concentra l'attenzione sul presente, su come il bambino sente e vive l'esperienza attraverso diversi livelli (corporeo, sensoriale, immaginativo, cognitivo, verbale, emotivo), funzioni di contatto (guardare, toccare, ascoltare, assaggiare, annusare) e su come si comporta nel momento presente. Il concetto di contatto e confine individua il modo in cui il bambino entra in relazione con l'altro, con l'ambiente e con se stesso, quindi come regola i confini del sé. La consapevolezza è intesa come potente strumento per aiutare il bambino a diventare pienamente consapevole di ciò che sente, agisce e pensa, avviandolo alla padronanza e alla responsabilità nell'ambiente in cui è inserito [5]. L'espressione creativa, attraverso il gioco, diviene uno strumento cardine della psicoterapia, e il disegno e le narrazioni consentono all'esperienza emotiva di prendere forma ed esprimersi.

Il terapeuta della Gestalt è una figura autentica, empatica e presente, che accoglie senza giudizio, costruisce un campo relazionale sicuro, sostiene l'autoesplorazione del bambino, valorizza le risorse individuali e la spontaneità [6].

Il ciclo del contatto è un concetto centrale nella psicoterapia della Gestalt. Descrive come entriamo in relazione con l'ambiente per soddisfare un bisogno. Attraverso una sequenza dinamica di fasi, la persona prende coscienza di ciò che sente, agisce per soddisfarlo e poi si ritira una volta completata l'esperienza [7].

Capire il ciclo del contatto è fondamentale per lavorare con i bambini, perché ci permette di osservare dove e come si interrompe l'esperienza: blocchi emotivi, evitamenti e sintomi possono infatti essere segnali di un ciclo interrotto [4].

Le fasi del ciclo del contatto sono:

1. SENSIBILIZZAZIONE (Pre-contatto)

Il bisogno comincia a emergere, spesso in modo vago o inconscio.

“Sento qualcosa, ma non so bene cosa.”

Es: un bambino inizia a muoversi agitato, ma non sa dire se ha fame, è annoiato o arrabbiato.

2. CONSAPEVOLEZZA

Il bisogno diventa chiaro: “So cosa sento, cosa voglio.”

“Ho fame” / “Mi sento solo” / “Voglio giocare con qualcuno.”

3. MOBILITAZIONE DELL'ENERGIA (avvio al contatto)

La persona attiva le proprie risorse per soddisfare il bisogno.

Si mette in moto un'intenzione, una direzione.

Es: il bambino si avvicina a un compagno per proporre un gioco.

4. AZIONE/CONTATTO (contatto pieno)

È il punto massimo dell'esperienza: c'è un incontro reale tra bisogno e ambiente.

Il contatto può essere con un oggetto, una persona, un'idea.

È qui che avviene il cambiamento o la soddisfazione del bisogno.

Es: il bambino inizia a giocare e si sente accolto.

5. ASSIMILAZIONE (Post-contatto)

La persona integra l'esperienza, ne trae senso, apprendimento.

È la fase del rilassamento, della riflessione o del piacere.

Es: il bambino si sente soddisfatto e torna tranquillo.

6. RITIRO

Il ciclo si chiude. Il bisogno è stato soddisfatto e si torna in uno stato neutro o di quiete.

“Mi sento in pace” [8].

Nel lavoro clinico si osservano spesso interruzioni del ciclo, che generano disagio o sintomi. Se l'interruzione avviene nella fase di sensibilizzazione, il bambino è disconnesso dai suoi bisogni; nella fase di consapevolezza il bambino non sa bene cosa prova, non trova le parole e spesso somatizza i sintomi; nella fase di mobilitazione, il bambino si blocca, si chiude, si ritira, attraverso l'evitamento o il “congelamento”; nella fase di azione/contatto, c'è paura del giudizio, ansia sociale, aggressività; nella fase di assimilazione, il bambino non riesce ad elaborare l'esperienza a causa di traumi e confusione; infine, se avviene un'interruzione nella fase del ritiro, il bambino rimane attivato, ipercoinvolto o in allarme non riuscendo a chiudere serenamente l'incontro.

Il ciclo del contatto è una bussola clinica che permette di osservare le dinamiche del bambino nel gioco, nel linguaggio, nel comportamento. Aiuta a capire dove si interrompe l'esperienza e dove intervenire (es. favorendo la consapevolezza, il contenimento, l'azione creativa). Supporta il terapeuta nel creare uno spazio di contatto sicuro, dove il bambino possa portare a termine le esperienze bloccate [9].

La crescita del bambino, secondo una visione gestaltica, avviene all'interno della relazione al confine-contatto con l'altro. Lo sviluppo infantile si articola intorno alla maturazione e all'organizzazione delle capacità

dell'individuo di entrare in un contatto sano e nutriente con le figure di riferimento e con l'ambiente. Il bambino, dalle esperienze relazionali primarie, apprende come "esserci con l'altro" attraverso il gioco, l'esplorazione e l'interazione corpo a corpo con le proprie figure genitoriali.

Questa fase non solo lo aiuterà ad abitare il proprio corpo con spontaneità, ma contribuirà anche a costituire quelle competenze di base, evolutivamente più complesse e funzionali, che vanno integrandosi tra loro più o meno armonicamente [9].

Se le relazioni primarie falliscono e il bambino sente che i propri bisogni non sono sufficientemente soddisfatti dai caregivers, ciò genera in lui diverse tipologie di sofferenza e di disagio, poiché l'ambiente non contribuisce al giusto sostegno rispetto allo sviluppo e all'evoluzione del bambino, il quale sarà destinato a perdere la propria autenticità, spontaneità e creatività.

Nella prospettiva gestaltica, la creatività è considerata un'espressione diretta dell'essere umano e, soprattutto, del bambino; è un modo naturale di relazionarsi con il mondo esterno e di attribuire significato alle esperienze della vita [4]. Un'attenta osservazione delle espressioni corporee, dei comportamenti, dei copioni e degli stili relazionali e comunicativi dei bambini e/o degli adolescenti consente di far emergere, nel setting terapeutico, quelle parti del sé vere e autentiche che necessitano, possibilmente, di un processo di integrazione oltre che di espressione. Allo stesso tempo, quando ci si trova bloccati o limitati nella propria espressione creativa, ciò può indicare una mancanza di integrazione o di consapevolezza delle parti del proprio sé [10].

### **Approcci Integrati alla Psicoterapia Gestalt in Età Evolutiva**

Questo articolo si propone di evidenziare l'efficacia di un approccio gestaltico integrato, considerando i principi e gli strumenti dell'approccio umanistico esistenziale, della gestalt play therapy, dell'approccio cognitivo-comportamentale, dell'analisi transazionale e della teoria dell'attaccamento nel trattamento di soggetti in età evolutiva. Alla base di questa integrazione proposta, c'è una cornice relazionale che mette al centro la sicurezza affettiva e la regolazione emotiva; un processo di continua co-regolazione nel campo, fondamentale per accogliere il

bambino nella sua globalità corporea, affettiva e simbolica e accompagnarlo in un percorso che gli consenta di dare senso e voce al suo vissuto interno, espresso più nel gioco e nel corpo che con le parole [11].

L'integrazione avviene tra i seguenti approcci:

- l'Approccio umanistico esistenziale, che si traduce in un insieme di pratiche educative e terapeutiche che mettono il minore al centro del proprio processo di crescita;
- la Gestalt play therapy, che offre un impianto esperienziale, fenomenologico e creativo, centrato sul "qui e ora" e sull'espressione autentica del sé;
- l'approccio cognitivo-comportamentale, che propone strumenti e strategie per trattamenti individualizzati e focalizzati;
- l'analisi transazionale, che fornisce una lettura chiara delle dinamiche interne ed esterne attraverso gli stati dell'Io e i copioni di vita;
- la teoria dell'attaccamento, che porta attenzione alla dimensione relazionale primaria e alla necessità di offrire esperienze correttive attraverso la sintonizzazione emotiva.

Con queste coordinate, il piano di lavoro integra fasi di processo terapeutico, utili al raggiungimento degli obiettivi.

In una fase iniziale caratterizzata da accoglienza, osservazione fenomenologica e costruzione del legame, l'attenzione è rivolta alla costruzione dell'alleanza con il minore e i genitori. Attraverso il gioco libero, il disegno, la narrazione simbolica e l'osservazione della relazione caregiver-bambino, si raccolgono elementi utili per comprendere lo stile di attaccamento, la regolazione emotiva, le spinte e le ingiunzioni ricevute, nonché i messaggi impliciti che contribuiscono alla formazione del copione di vita.

Allo stesso tempo, il terapeuta inizia a co-costruire una relazione sicura, una base affettiva da cui il bambino può esplorare il mondo interno ed esterno attraverso il gioco e la narrazione. Con la costruzione dell'alleanza terapeutica con il bambino e la famiglia e l'osservazione fenomenologica, è possibile individuare gli obiettivi da raggiungere, proponendo anche strategie comportamentali personalizzate alla famiglia e mettendole in atto in prima persona nel setting, per osservare come il bambino le accoglie nella relazione.

Attraverso questo elaborato, ci si propone di evidenziare l'efficacia dell'approccio gestaltico integrato, con riferimento alla descrizione qualitativa e fenomenologica delle varie fasi che hanno caratterizzato l'evoluzione

di un caso clinico specifico di una bambina con diagnosi di mutismo selettivo. Attraverso il compito terapeutico relazionale con la minore, l'accettazione incondizionata di quest'ultima, l'osservazione dei copioni messi in atto associati alle spinte e alle ingiunzioni interiorizzate, attraverso l'osservazione degli stili relazionali e comunicativi e il sostegno alla coppia genitoriale, si è giunti a un esito positivo del processo psicoterapico, in cui sono stati utilizzati strumenti terapeutici espressivi come il gioco, il disegno, la sensorialità, il movimento e strategie cognitive comportamentali per supportare la famiglia e gli operatori nella presa in carico.

Tali strumenti, in età evolutiva, sono mezzi di comunicazione privilegiati per entrare in contatto con i bambini e, attraverso di essi, i bambini hanno la possibilità di condividere e esprimere il proprio sentire, le proprie emozioni e i propri bisogni, riuscendo così a narrarsi e a sperimentarsi, accogliendo e integrando le varie parti del proprio sé [12].

Il trattamento dei soggetti in età evolutiva, secondo l'approccio gestaltico integrato, tende a delineare alcuni momenti specifici e fondamentali, seguendo il ciclo del contatto, tra i quali: la fase di pre-contatto, con osservazione e valutazione iniziale; la fase di avvio al contatto, in cui l'alleanza terapeutica si avvia alla costruzione, il bambino percepisce il setting come un luogo sicuro in cui esprimersi e la relazione con il terapeuta diviene esclusiva perché autentica; la fase dell'intervento, che corrisponde al "contatto pieno" con il minore e il supporto alla famiglia; la fase finale, di post-contatto, con la ristrutturazione dell'intervento in base agli obiettivi raggiunti o di chiusura del percorso [8].

## Approccio Umanistico Esistenziale

L'approccio umanistico-esistenziale di Carl Rogers, uno dei fondatori della psicologia umanistica, si fonda sull'idea che ogni individuo possieda un potenziale innato di crescita, autodeterminazione e autorealizzazione [13]. Quando questo approccio viene applicato all'età evolutiva (infanzia e adolescenza), assume caratteristiche specifiche legate allo sviluppo della personalità, dell'autostima e delle relazioni con le figure di riferimento [11].

I principi chiave dell'approccio di Rogers consistono nella tendenza attualizzante, che vede in ogni essere umano una forza interiore che lo guida verso la realizzazione del proprio potenziale; nella congruenza, che esorta

il terapeuta verso l'autenticità e la coerenza nei rapporti con il bambino, che a sua volta può sperimentare nella relazione con il terapeuta la possibilità di sentirsi accolto e amato incondizionatamente per quello che è e non per quello che fa e, infine, l'empatia, cioè la capacità di comprendere profondamente il vissuto dell'altro senza giudicare [13].

Nell'ambito dello sviluppo, l'approccio di Rogers si traduce in pratiche educative e terapeutiche che mettono il bambino al centro del processo di crescita; la relazione educativa è centrata sul bambino; l'adulto, quindi il genitore o educatore/insegnante, assume il ruolo di facilitatore della crescita. Si valorizza l'esperienza soggettiva del bambino e l'apprendimento avviene in un clima di fiducia e di accettazione.

Fondamentale risulta il lavoro in terapia sullo sviluppo dell'autostima, in quanto i bambini sviluppano un concetto positivo di sé quando si sentono ascoltati e compresi e in tal senso, l'autostima non nasce dal giudizio esterno, ma dalla consapevolezza interiore del proprio valore.

Una relazione basata sull'empatia e sull'accettazione favorisce lo sviluppo di una personalità integrata e autonoma. Il bambino, così, impara a conoscere, ad accogliere e a rispettare i propri bisogni, i propri sentimenti e le varie parti del proprio sé [11].

## Principi Della Gestalt Play Therapy

La Gestalt Play Therapy è un modello terapeutico psicologico di intervento con bambini e adolescenti, di grande potenza ed efficacia, sviluppato da Violet Oaklander negli anni '70; questo approccio consente un'espressione efficace del proprio sé. La Gestalt Play Therapy può essere applicata a tutte le età e utilizzata in molti contesti differenti [14].

Il modello, infatti, contempla una vastissima varietà di strumenti artistici a disposizione del terapeuta, tra i più usati: il disegno, le fantasie guidate, i burattini e i pupazzi, l'argilla, la vasca della sabbia, il collage, le carte proiettive. Grazie a tutti questi "media" il terapeuta può incontrare il bambino in un gioco creativo in grado di far emergere le emozioni e i vissuti dentro di lui che risultano bloccati. Il lavoro di espressione emotiva si articola nell'aiutare il bambino a capire quale emozione sta provando, nel qui e ora, e a imparare ad esprimerla attraverso canali espressivi che risultino per lui modi efficaci e luoghi sicuri.

L'obiettivo è aiutare il bambino a sviluppare un senso del sé più forte; i sintomi e le risposte affettive e comportamentali che attirano l'attenzione dell'adulto sono spesso le evidenze dell'interruzione del contatto con l'esperienza di crescita, in termini funzionali, e con lo sviluppo psico-emotivo e relazionale [14].

Il compito del terapeuta è supportare la spinta del bambino alla crescita e alle esperienze di vita, ricordando che ogni bambino e ragazzo porta dentro di sé una bellezza di cui, spesso non è consapevole e che il lavoro psicoterapico, tramite il gioco, la sensorialità e le tecniche espressive e motorie, può aiutare a riconoscere, ad accogliere, ad esprimere e a valorizzare [12].

### Approccio Cognitivo-Comportamentale

L'approccio cognitivo-comportamentale in età evolutiva si basa sul lavoro di P.C. Kendall, uno dei principali autori nell'applicazione della CBT (terapia cognitivo-comportamentale) con bambini e adolescenti. Questo approccio è spesso utilizzato nel trattamento dei disturbi in età evolutiva ed è caratterizzato da una struttura chiara, strategie definite e un monitoraggio costante del trattamento [15]. Predilige la modifica dei comportamenti disfunzionali e la ristrutturazione dei pensieri che li sottostanno, attraverso l'uso di giochi che stimolano le funzioni esecutive, cartelloni, schede strutturate, disegni e storie, per esplorare i pensieri e le emozioni. Le strategie sono mirate e condivise chiaramente con il bambino e la famiglia per la modifica di comportamenti non adattivi che sottostanno al disturbo espresso dal bambino. Il focus è sul riconoscimento delle emozioni, sullo sviluppo di pensieri alternativi e funzionali, e sulla modifica dei comportamenti attraverso tecniche come il rinforzo positivo, l'esposizione graduale e il problem solving; è fondamentale coinvolgere la famiglia, la scuola e gli altri ambienti importanti per il bambino, per condividere le strategie per il raggiungimento degli obiettivi [16].

La REBT (terapia razionale-emotiva-comportamentale) in età evolutiva si basa sull'approccio di Albert Ellis, tenendo conto dello sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale del bambino, e parte dal presupposto che i pensieri rigidi e irrazionali sono la causa di profondi malesseri, espressi in età evolutiva con emozioni intense e comportamenti disfunzionali. Il focus, secondo Ellis, sta sulle "doverizzazioni", che nei bambini diventano

pensieri come: "devo essere sempre bravo"; "gli altri devono volermi bene"; "non devo mai sbagliare". Centrale nel lavoro cognitivo-comportamentale è l'educazione emotiva e quindi il riconoscimento delle emozioni e il coinvolgimento dei genitori [17].

### Analisi Transazionale e Teoria Dell'attaccamento

L'Analisi Transazionale (AT) in età evolutiva è un approccio psicoterapeutico basato sulla teoria di Eric Berne, adattato per comprendere e sostenere bambini e/o adolescenti nel loro sviluppo psicologico, relazionale ed emotivo. In questa fase della vita, l'AT si propone di favorire una crescita sana dell'identità e delle relazioni, promuovendo la consapevolezza, l'autonomia e la responsabilità [18]. L'AT aiuta il terapeuta ad identificare copioni e ingiunzioni, tradotti in messaggi limitanti come, ad esempio, "Non essere te stesso!", "Non pensare!", "Non sentire!", "Non scegliere!", "Non esistere!" (messaggi, spesso, ricevuti da bambini ai quali si rimanda di "non piangere!" o di "non arrabbiarsi!"); sono messaggi che vengono trasmessi attraverso sguardi, tono di voce, atteggiamenti e aspettative del genitore. Il terapeuta in AT lavora per riconoscere questi messaggi e aiutare sia il minore che la famiglia a prendere consapevolezza del loro impatto, per sostituirli con permessi correttivi, attraverso il linguaggio, il gioco e la presenza accogliente ("puoi essere arrabbiato!", "sei ok così come sei!") [19]. Nella fase centrale del percorso terapeutico si lavora all'esplorazione del sé e dei copioni interiori. Con strumenti tipici dell'AT, come gli stati dell'Io (genitore, adulto, bambino), è possibile aiutare il bambino a riconoscere e integrare le proprie parti interne. Nella pratica, questo può tradursi nel gioco con pupazzi o burattini che rappresentano aspetti del sé, per esempio la parte spaventata, quella arrabbiata, quella che vuole aiutare [18].

La teoria dell'attaccamento fu sviluppata da John Bowlby, che identificò un sistema motivazionale innato che spinge il bambino a cercare protezione e vicinanza dalle figure di riferimento. Il bambino sviluppa una sicurezza interna se l'attaccamento con il caregiver corrisponde ad una base sicura, da cui esplorare il mondo e tornare in caso di bisogno. Interiorizzando esperienze ripetute, il bambino costruisce i Modelli Operativi Interni (MOI), che guidano le modalità relazionali e il comportamento [20]. Sono stati

individuati diversi stili di attaccamento: sicuro, insicuro evitante, insicuro ambivalente e disorganizzato. Seguendo questo approccio, il terapeuta agisce come figura di riferimento sicura che accoglie, regola e rispecchia le emozioni del bambino. All'interno della relazione terapeutica si creano esperienze correttive e riparative che modificano i modelli operativi interni del bambino, offrendo nuove possibilità di fiducia e di connessione. Possono essere coinvolti anche i genitori attraverso giochi per favorire la sintonizzazione emotiva e il rafforzamento del legame [21].

## APPROCCIO GESTALTICO INTEGRATO E CASO CLINICO

L'integrazione dei suddetti modelli, attraverso l'utilizzo di strumenti come il gioco, il corpo, l'uso di materiali simbolici (sabbia, disegno, sculture), ecc. permette al bambino di sentire, agire e trasformare le proprie emozioni e le parti del proprio sé. Il terapeuta sostiene l'integrazione tra emozioni, pensieri e comportamenti, aiutando il bambino a restare in contatto con sé e a costruire una narrazione più fluida e congruente del proprio vissuto. Il primo passo è costruire una relazione, basata sull'accettazione incondizionata, sull'autenticità del terapeuta e del bambino, visto e accolto per quello che è e non per quello che fa. L'utilizzo di strumenti espressivi aiuta a far emergere emozioni, a riconoscerle e a poterne parlare con il terapeuta e così, verbalizzare i pensieri che sottostanno a molti comportamenti, le ingiunzioni e i permessi. Proporre attività strutturate per il superamento delle difficoltà che il bambino porta e aiuta a farlo sentire sicuro e ad aumentare la fiducia nel terapeuta, in modo da poter esprimere la propria emotività spontaneamente, attraverso il gioco; elaborare vissuti difficili e raggiungere gli obiettivi terapeutici prefissati.

### Il Caso Clinico

Il caso clinico che esporremo in questo articolo riguarda una bambina di quattro anni, frequentante il secondo anno della scuola dell'infanzia, che, per tutelare la sua privacy, chiameremo Roberta. Il primo incontro si svolge con i genitori per la raccolta anamnestica.

Il nucleo familiare di Roberta è composto dai coniugi e da due figli: il fratello maggiore di 13 anni e Roberta di 4 anni. I nonni, sia pa-

terni che materni, sono venuti a mancare da poco e questo, da quanto riportato dal colloquio con i genitori, ha destabilizzato la vita della bambina, abituata a trascorrere molto tempo in loro compagnia.

Roberta è nata con parto cesareo a 36 settimane, dopo una gravidanza regolare, con un peso di 2.750 grammi. Non è stata allattata al seno e lo sviluppo psicomotorio e quello del linguaggio sono stati regolari e incalzanti, raggiungendo tutte le tappe nella norma. Entro l'anno di vita pronunciava le prime frasi, a 14 mesi i primi passi; controllo sfinterico a due anni e mezzo. Il sonno è regolare e non si sono mai registrati casi di enuresi notturna o di disturbi del sonno. Roberta dorme nella camera con il fratello. L'alimentazione è varia e regolare; non ci sono malattie pregresse. La bambina frequenta regolarmente la scuola dell'infanzia, ama giocare con le bambole, disegnare e scrivere. Nonostante non vi siano disturbi del linguaggio verbale, come riferito dai genitori, la bambina non comunica verbalmente in contesti fuori casa né con altre persone oltre alle figure di riferimento sopra citate. Risultano assenti comportamenti dirompenti e aggressivi.

Roberta arriva al centro clinico per l'invio di una collega psicoterapeuta, che suggerisce un approfondimento diagnostico e un'eventuale presa in carico della bambina.

Durante gli incontri, R. richiede la presenza in stanza di un familiare: prima il fratello, poi la madre. Nel primo incontro, per evidente timore di rimanere da sola con persone sconosciute, nonostante il setting, costruito per lei, fosse accogliente e ricco di giochi per attirare la sua attenzione, si alternarono entrambe le figure. Nel secondo incontro, la madre riferisce che la bambina chiede la sua presenza per mostrare che cosa farà nel setting. Con la presenza di un familiare in stanza, R. inizia a familiarizzare con i materiali di gioco e ad essere collaborativa rispetto alle proposte che le vengono fatte. Nonostante l'interesse mostrato per i giochi e la sua vicinanza fisica sul tappeto nel setting, la bambina difficilmente tende ad agganciare il contatto visivo, è scostante e con lo sguardo rivolto verso il basso.

Nel corso dell'assessment R. appare timida, con scarsa iniziativa, comunque collaborativa e interessata; attende istruzioni e proposte da parte degli adulti. Non proferisce mai parola, le alternative alle parole, a lei proposte per comunicare e rispondere alle domande (sì e no con la testa, pollice in su/in giù), vengono usate di rado e, laddove usate, vengono espresse in maniera restia e risultano a malapena accennate.

Vengono proposte attività per valutare lo sviluppo cognitivo (non verbale), le funzioni esecutive, lo sviluppo psicomotorio, i test proiettivi carta e matita e il disegno libero.

Si rileva un adeguato sviluppo cognitivo; non sono presenti ritardi o criticità evidenti in questa fase di sviluppo; non vi sono difficoltà prassiche; movimenti corporei fluidi e postura mobile; adeguate abilità visuo-percettive, attenzione e memoria con sviluppo regolare; espressioni facciali appena accennate; buona maturità nel rispetto dei turni di gioco e della tolleranza. Già dal secondo incontro si evidenziano una maggiore consapevolezza e la possibilità di scelta dell'attività, il che mostra un'apertura relazionale, un ottimo punto di forza per il superamento delle difficoltà comunicative rilevate.

Dai test carta-matita emerge un eccessivo contenimento nell'utilizzo degli spazi a disposizione; il disegno della figura umana appare equilibrato e coerente con l'età e lo sviluppo e non emergono elementi particolari da attenzionare. Nel disegno della famiglia emerge l'importanza della madre e del fratello maggiore, come figure più rilevanti e di riferimento nel "saper fare", probabilmente più presenti nella vita della bambina "nel fare" della vita quotidiana. Adeguato egocentrismo rispetto all'età. Nel disegno dell'albero emergono paura del giudizio esterno e vitalità repressa, ma non emergono ulteriori criticità. Il punto di forza di R. è il disegno libero, in cui esprime creatività e potenzialità emotive, tradotte in colori e forme.

In sintesi, dalla valutazione effettuata emerge una diagnosi di mutismo selettivo, come riportato nei criteri diagnostici del DSM-5, manuale diagnostico di riferimento. Il mutismo selettivo è un quadro clinico complesso che rientra nei disturbi d'ansia dell'età evolutiva, con esordio più frequente durante i primi inserimenti nell'ambiente scolastico. Alcuni contesti sociali sono percepiti come minacciosi e richiedenti prestazioni che inducono uno stato di allerta e ansia che impedisce la comunicazione verbale, inducendo alla chiusura relazionale e di scolarizzazione.

In questi casi sono fondamentali una diagnosi precoce e un intervento clinico su più contesti, casa, scuola e centro clinico. Roberta mostra molte risorse e ottimi margini di superamento del disturbo, data l'età e le caratteristiche emotive e cognitive osservate durante la valutazione fenomenologica.

L'intervento ideale risulta di almeno due incontri a settimana in due contesti differenti e fondamentali per la bambina: casa e centro cli-

nico. Fondamentale è il lavoro sinergico con la famiglia, sostenendo le relazioni del nucleo, in particolare con la madre e il padre, e la collaborazione con la scuola e quindi con le insegnanti.

Si consiglia di proseguire con un intervento integrato, mirato, specifico e specialistico per Roberta.

La famiglia viene adeguatamente informata su cosa consiste il mutismo selettivo e su come risulta idoneo comportarsi in questi casi. Le informazioni hanno scopo informativo e di *parent training* per iniziare in famiglia un lavoro che necessariamente deve essere sostenuto da professionisti.

Il mutismo selettivo è un disturbo poco conosciuto, talvolta sottovalutato, che colpisce prevalentemente i bambini ed è caratterizzato dall'incapacità di parlare in alcuni contesti sociali, nonostante lo sviluppo e la comprensione del linguaggio siano nella norma. Il mutismo selettivo è un disturbo d'ansia: non è un fenomeno dovuto a qualche disfunzione organica o a un'incapacità correlata allo sviluppo, ma è un atteggiamento di risposta a uno stato emotivo intenso, una risposta automatica del sistema nervoso a una minaccia percepita. Nonostante vogliano farlo, i bambini con mutismo selettivo non riescono a parlare fuori casa o in presenza di estranei si bloccano, e ciò avviene in particolare in luoghi pubblici o in contesti sociali più ansio-geni, come, ad esempio, la scuola. Al contrario di quanto avviene in tali contesti, i bambini affetti da mutismo selettivo, a casa, negli ambienti familiari e con le persone con cui si sentono a loro agio, si esprimono normalmente e a volte sono dei grandi chiacchieroni; possono mostrare scarsa tolleranza alla frustrazione ed esplosioni di rabbia o irritabilità che rendono difficile interagire con loro. Spesso accade, quindi, che i silenzi di questi bambini vengano interpretati come provocazioni, sfide, modi per sottrarsi alle regole, e che possano innescarsi tentativi di forzatura che indeboliscono l'autostima. Il giudizio della gente e dei familiari è importantissimo per loro, che spesso subiscono trattamenti bruschi e svalutanti. Il primo atteggiamento importante, sia nei contesti sociali che a casa, è non forzarli mai a parlare. Utile, invece, al fine di ridurre l'ansia e rendere più confortevole il passaggio alla parola, è creare un clima rilassato e rassicurante, non punire o minacciare in caso di silenzio, non utilizzare premi come forma di ricatto (ad esempio: "Se parli ti compro quello che vuoi"), non far sentire in colpa in caso di fallimento ("Se non parli la mamma è triste") [22].

Occorre evitare di creare aspettative eccessive o di sminuire la difficoltà e, al contrario, mostrare una pacata fiducia può rivelarsi un atteggiamento rinforzante. Un'altra modalità di interazione importante, da parte del familiare, è non mostrare eccessiva meraviglia o felicità nel caso in cui il bambino inizi a parlare in luoghi o con persone differenti. Alcuni atteggiamenti positivi, al fine di ridurre l'ansia e rassicurare il bambino/a verso una comunicazione attiva, possono consistere nel coinvolgimento nelle azioni che lo riguardano, nell'informarlo di ciò che possa succedere o nel chiedergli se sia pronto ad affrontare una nuova situazione, favorendo progressivamente la sua autonomia, coinvolgendolo in azioni quotidiane di cura personale e di aiuto domestico, creando iniziative e programmando insieme le attività che lo riguardano. Risulta fondamentale offrire piccole opportunità di socializzazione, anche invitando i compagni a casa (luogo per lui rassicurante) e collaborando, infine, con la scuola, gli insegnanti e i terapeuti [23].

### Progetto D'intervento Individualizzato per il Caso di Roberta

Il mutismo selettivo rientra nei disturbi d'ansia e quindi va trattato come tale; l'intervento gestaltico integrato proposto ha previsto incontri presso il centro clinico e incontri a domicilio, strutturando un ambiente accogliente, non giudicante e con possibilità di totale espressione.

Tutte le attività sono caratterizzate dal gioco e dal coinvolgimento, con lo scopo di creare una relazione e un ambiente favorevoli all'emersione del verbale.

Risulta funzionale poter preparare un setting morbido con tappeto e cuscini, un angolo con tavolo e sedie, e predisporre anche una prima scaletta di giochi e il materiale per le varie attività.

Occorre individuare un canale di comunicazione alternativo, non verbale, basato su gesti: inizialmente si può utilizzare come canale espressivo il sì e no con il capo; successivamente si può esprimere il sì e no con il pollice su e il pollice giù. Inserire poi, una volta acquisiti i gesti precedenti, la mimica facciale: assicurarsi il contatto visivo, la bocca spalancata per dire sì, la bocca chiusa a bacio per dire no.

Risulta fondamentale, inoltre, un atteggiamento di accettazione totale nei confronti del mutismo selettivo, evitando quindi di manifestare alcuna forzatura verbale.

Utilizzare gli stessi gesti e anche molti altri, ad esempio, strizzare l'occhio, altri movimenti delle mani, accompagnando il linguaggio verbale quando parliamo con la bambina.

Non elogiare né lodare la bambina se pronuncia delle parole, per evitare l'emozione della vergogna che l'accompagna. Rispondere e proseguire con naturalezza e, successivamente, con dolcezza, dire alla bambina: "Grazie per avermi parlato!" [24].

Attività:

- Avviare giochi in cui non serve la parola ma che permettano a Roberta di sentirsi brava e competente. La bambina deve ottenere successi ed essere "rinforzata" per questo. Ciò aiuta ad allontanare la paura di parlare, es. giochi visuo-percettivi, di memoria, equilibrio, attenzione selettiva.
- Proporre giochi a turno e a tempo per lavorare sulla modulazione dell'ansia.
- Giochi d'imitazione di movimenti corporei "a specchio"; ciò agevola il contatto visivo.
- Esercizi bucco-facciali.
- Esercizi di respirazione e grounding.
- Giochi in cui bisogna soffiare, ad es. gara di palline che devono essere soffiate con la cannuccia; utilizzo del flauto; ecc.
- Giochi che prevedono il contatto corporeo: es. gioco del dottore, gioco del parrucchiere, ecc.
- Introdurre gradualmente giochi in cui bisogna fare piccoli versi (soffi, fischi, risate, vocalizzi) e utilizzare anche pupazzi e marionette.
- Giochi di movimento, giochi in cui si ride insieme: es. cuscinate, suonare insieme gli strumenti musicali, soprattutto a fiato, produrre suoni con il proprio corpo, emettendo suoni semplici come tosse, starnuto, singhiozzo.
- Coinvolgere la bambina nell'ascolto di canzoncine che includano versi e movimenti, ad es.: "nella vecchia fattoria"; "gioca jouer"; "se sei felice".
- Gioco "indovina il suono/verso"; utilizzare anche applicazioni sul tablet.
- Utilizzare materiale per stimolare la creatività (carta colorata, vari tipi di colori) e l'espressione di sé attraverso il disegno, lavorare parallelamente attraverso l'alfabetizzazione delle emozioni di base; imparare a riconoscerle e ad accettarle.
- Creare sempre situazioni in cui la bambina può aiutare, nel preparare delle attività o nel sistemare ciò che si è utilizzato e, successivamente, rinforzare questo comportamento.
- Fare volontariamente degli errori durante i giochi, per mostrarsi come adulti imperfetti, che ridono e accettano di poter sbagliare.

Per le attività a casa: individuare, in accordo con i genitori, un luogo non a vista di tutti per costruire il setting, ad esempio, la propria stanza in cui non potrà entrare nessun altro durante le attività. Nei primi incontri, evitare di modificarlo. Successivamente, provare a spostarsi in altri luoghi di casa, più in vista, come salotto e cucina. Infine, coinvolgere, per poche attività, membri della famiglia [25].

### **Piano d'intervento aggiornato dopo 4 mesi di avviamento del percorso**

Rispetto alle attività proposte in precedenza, sono state anche aggiunte:

- L'introduzione alla *token economy* a tre gettoni con patto/rinforzo stabilito da Roberta prima di iniziare ("sto lavorando per..."); ciò è funzionale per evitare manipolazioni da parte della bambina. È sempre l'adulto che deve guidare il compito.
- L'introduzione di giochi per potenziare il ritmo: percussioni di ogni genere. Comunicazione attraverso il ritmo e la percussione.
- L'introduzione dell'utilizzo della videochiamata con il supporto del telefono per agevolare l'esecuzione degli esercizi buccofacciali.
- L'introduzione di percorsi di movimento.
- L'alfabetizzazione emotiva attraverso il gioco "dadi-movimento-emozioni".

### **Indicazioni per la Scuola**

Il mutismo selettivo è un disturbo d'ansia che si manifesta nei bambini, soprattutto nei primi mesi di inserimento a scuola. Il mutismo selettivo a volte impedisce ai bambini di emettere qualsiasi tipo di suono, anche un lamento o il pianto, per cui è importante che l'insegnante sia attenta ai segnali non verbali che provengono dal bambino.

È importante che gli insegnanti osservino attentamente questi bambini silenziosi e dedichino loro particolare attenzione, poiché, non riuscendo a parlare, non riescono a esprimere neanche i bisogni primari, come quello di andare in bagno o di non sentirsi bene.

Il primo passo è alleviare l'ansia in classe, creando un clima disteso e rilassato in cui la bambina si senta il più possibile a proprio agio.

Non considerare oppositivo il comportamento della bambina: non c'è intenzionalità nel non parlare, anzi, al contrario, la bambina vorrebbe riuscire, ma l'ansia le impedisce di farlo, bloccandole le parole in gola.

Non mettere sotto pressione la bambina né ingannarla con promesse o ricatti per farla parlare. Rispettare i suoi tempi.

- Concedere inizialmente alla bambina di utilizzare il linguaggio non verbale.
- Permettere di indicare, di usare lo sguardo, i gesti, l'alzata di mano.
- Nell'attività del circle-time, non fare domande a tutti, ma lasciare la libertà di intervenire o meno. Evitare gli interventi a turno, perché nei bambini con mutismo selettivo l'ansia aumenta quando il loro turno si avvicina.
- Far sedere la bambina vicino al compagno preferito, non di fronte all'insegnante, lontano dalla porta.
- Fare attenzione all'ironia e alla derisione: la bambina non deve essere etichettata come "bambina che non parla". Spiegare alla classe, concordando prima con la bambina e in sua presenza, che tutti abbiamo paura di qualcosa e che la compagna sa parlare ma a volte non riesce a far uscire le parole. In questa occasione, ogni compagno di classe avrà lo spazio per parlare delle proprie paure.
- Si può migliorare l'autostima della bambina affidandole piccoli compiti e incarichi alla sua portata e favorendo l'attività in coppia o in gruppi di 3 componenti, possibilmente con compagni con cui la bambina si sente a proprio agio.
- Risulta utile abituarla a non temere di produrre suoni attraverso il gioco, incoraggiandola a fare rumore e a emettere suoni con la bocca (risate, soffi, fischi). Quelli che per noi sono gesti scontati, per R. sono grandi passi che segnano l'inizio di una comunicazione verbale.
- Nel caso in cui la risposta ad alcune domande possa essere un "sì" o un "no", permettere alla bambina di rispondere con un gesto del capo per farla sentire coinvolta nella conversazione di classe.
- Tenere presente che se la bambina parla una volta, non è detto che poi parlerà sempre.
- Quando la bambina pronuncia qualche parola, non bisogna mostrare eccessivo entusiasmo per l'accaduto. È probabile che la bambina inizi a parlare con un suo pari piuttosto che con l'insegnante; in tal caso, evitate di dire di aver sentito la sua voce.

Il mutismo selettivo rientra pienamente nella definizione dei “Bisogni Educativi Speciali”, secondo la Direttiva ministeriale del 27 dicembre 2012. Roberta è una bambina molto intelligente e sensibile, perciò è importante che gli insegnanti concordino le medesime strategie e modalità educative. Tenere presente che ai bambini con mutismo selettivo serve una relazione privilegiata, non un semplice sostegno. La migliore possibilità di superamento della difficoltà risiede nelle buone esperienze sociali e di gruppo che la scuola può offrire [26].

## Il Supporto alla Genitorialità

Il percorso di terapia svolto con Roberta ha previsto, parallelamente agli incontri in studio e a casa con la bambina, il contatto telefonico con le insegnanti e un percorso di *parent training* e supporto genitoriale costante. In particolare, la madre della bambina si è dimostrata molto aperta a seguire con costanza il percorso, modificando il proprio stile educativo nei confronti della bambina e mostrando accoglienza all’ascolto emotivo di R.

Nella presa in carico dei pazienti in età evolutiva, il supporto alla coppia genitoriale risulta fondamentale, in quanto è evidente che il bambino è costantemente in relazione con il proprio ambiente di appartenenza e che il suo disagio tende a emergere da uno sfondo familiare.

Il terapeuta si pone come “sponda relazionale” tra il bambino e la famiglia ed è fondamentale sia effettuare una prima anamnesi familiare e, successivamente, sostenere i genitori a consapevolizzare e a modificare la presenza di eventuali schemi e stili comunicativi e relazionali disfunzionali all’interno del sistema familiare, condividendo con la coppia genitoriale obiettivi comuni, perseguibili e concreti.

Diventa importante aiutare i genitori a cambiare la prospettiva e la rappresentazione che hanno del/la proprio/a figlio/a (nuova prospettiva), in quanto ciò contribuisce ad aumentare, a mantenere o a diminuire la condizione di scissione tra le varie parti sia del proprio sé sia del proprio bambino [27].

Risulta funzionale orientare, educare (attraverso la psicoeducazione) e sostenere la coppia genitoriale nella possibilità di garantire continuità agli apprendimenti e alle ac-

quisizioni del bambino o dell’adolescente all’interno del setting terapeutico.

Risulta fondamentale rendere congruenti gli stili educativi, comunicativi e relazionali della coppia genitoriale per permettere al minore di “interiorizzare nuovi schemi emotivi, cognitivi, sensoriali, motori e comportamentali maggiormente adattivi” che, successivamente, quest’ultimo sarà in grado di generalizzare all’interno dei vari contesti della vita quotidiana.

Il ruolo dei genitori è essenziale, poiché con loro si instaura un contratto a più mani e sono alleati nel processo di cambiamento.

I genitori vengono accompagnati a riconoscere i propri stili relazionali, a comprendere i bisogni affettivi del figlio e a ristrutturare i propri messaggi interni e le transazioni familiari. Attraverso momenti di riflessione, psicoeducazione e condivisione di esperienze, i genitori possono diventare parte attiva della trasformazione, offrendo continuità e supporto anche al di fuori della stanza di terapia.

Il supporto genitoriale sostiene entrambi i genitori ed eventuali altri membri della famiglia, affinché possano divenire un modello (modelling) per il minore e, inizialmente, poter fungere anche da “regolatore emotivo ed organizzatore esterno” per il proprio figlio, in modo tale che quest’ultimo, sperimentando una “relazione sana e sufficientemente buona”, possa, pian piano, sperimentare un “nuovo senso di sé” e acquisire dei nuovi schemi emotivi, cognitivi e comportamentali maggiormente adattivi, tali da permettergli di sviluppare e di contattare un maggior senso di integrità e di autoefficacia personale.

Quanto espresso è importante affinché il genitore possa entrare con il proprio figlio in un “con-tatto pieno e profondo”, sperimentando, attraverso il gioco con il bambino e prediligendo, nella relazione con questo, un canale e/o un livello prevalentemente corporeo, sensorio, immaginativo ed emotivo-relazionale, favorendo il processo graduale di sviluppo del bambino e contribuendo a migliorare la comunicazione genitore-figlio/a e la libera e autentica espressione di sé. Tutto ciò supporta nel minore l’acquisizione di una maggiore comprensione e consapevolezza delle proprie emozioni e dei propri bisogni, determinando in questo un processo di maggiore regolazione sensoriale, motoria, emotiva, cognitiva e comportamentale [28].

## Fasi Esplicative dell'Intervento

Osservando il caso clinico sotto la lente dell'approccio Gestaltico integrato, si inizia nella fase di pre-contatto, con il colloquio iniziale con la famiglia e una valutazione fenomenologica della bambina, per inquadrare la condizione di partenza, cominciare a costruire l'alleanza terapeutica e comprendere le modalità con cui entra in contatto con l'ambiente e con gli altri, esplorando livelli d'esperienza e funzioni di contatto, individuando anche le interruzioni di contatto e come queste possano ostacolare il naturale sviluppo della bambina [29]. Attraverso l'accettazione incondizionata e un atteggiamento congruente ed empatico si agevola la costruzione della relazione. Si osservano i copioni familiari e le ingiunzioni, individuando l'organizzazione degli stati dell'Io. Successivamente, nella fase di avvio al contatto, si prosegue cominciando a proporre le attività appositamente strutturate nel progetto d'intervento personalizzato per Roberta. Queste attività, pensate appositamente integrando gli approcci gestaltico, umanistico, cognitivo-comportamentale, dell'analisi transazionale e la teoria dell'attaccamento, mirano a costruire un ambiente sicuro, dove sperimentare modalità alternative di comunicazione, sentirsi accettata così com'è, ricevere il "permesso" di esistere ed essere vista anche nel suo silenzio. Nella fase di contatto pieno, la bambina, all'interno di una relazione sicura, comincia ad aprirsi alla possibilità di comunicazioni alternative a quella verbale, per poi passare al dialogo vero e proprio. L'accettazione incondizionata, il permesso di esistere, l'espressione di parti del sé attraverso il gioco e la strutturazione di attività e strategie per il superamento del mutismo selettivo hanno consentito a Roberta di affidarsi, costruire relazioni sane ed equilibrate, sperimentare parti di sé, accolte e valorizzate, sentendosi libera di esprimersi verbalmente anche con le terapisti [30]. Parallelamente, il supporto genitoriale ha permesso alla famiglia e, in particolare, alla madre, di trovare canali espressivi alternativi per le emozioni, di accogliere e accettare Roberta nella manifestazione del suo disagio e di seguire strategie educative funzionali a ridimensionare l'ansia della bambina. La tabella 1 descrive le fasi del processo terapeutico e delle tecniche utilizzate, integrate con i diversi approcci.

Dopo i primi sei mesi di trattamento sono stati raggiunti i primi obiettivi, ovvero co-

struire una salda relazione terapeutica e consentire alla bambina di sentirsi "libera" di esprimersi così com'è. Il percorso ha avuto la durata di circa un anno e mezzo, accompagnando Roberta e la sua famiglia fino al termine della scuola dell'infanzia. Nella fase di post-contatto si è potuto appurare che la bambina ha superato il mutismo selettivo, partecipando attivamente alle attività di fine anno scolastico e esponendosi anche alle recite e ai canti con i compagni, come riferito direttamente dalle insegnanti. A casa ha ripreso a manifestare tutta la sua energia positiva e autentica, conversando naturalmente con tutti i membri della famiglia e anche fuori casa. La madre ha riferito di sentirsi maggiormente competente come genitore, libera dal giudizio esterno e interno rispetto alla situazione iniziale, e più sicura nel sostenere la figlia nel percorso di crescita.

## CONCLUSIONI

Lo scopo di questo contributo è quello di evidenziare l'efficacia di un trattamento gestaltico integrato nella presa in carico di soggetti in età evolutiva che considera, come sopra espresso, l'integrazione tra Gestalt, approccio umanistico esistenziale, Gestalt play therapy, approccio cognitivo comportamentale, analisi transazionale e teoria dell'attaccamento, attraverso la presentazione di un caso clinico specifico che evidenzia un'evoluzione significativa del quadro clinico in questione, ripercorrendo le varie fasi di intervento e del ciclo di contatto sia sulla minore che rispetto al sistema familiare di riferimento di quest'ultima. Attraverso l'accettazione incondizionata, la congruenza, il compito terapeutico relazionale, le varie tecniche espressive integrate tra loro e i permessi, si creano e si esplicano le condizioni funzionali nel trattamento in età evolutiva, che concorrono all'acquisizione del permesso di sentire, del permesso di scegliere e del permesso di esistere nella propria interezza, autenticità e creatività.

Infine, risulta importante constatare come l'approccio gestaltico integrato ci permetta di allargare il processo di osservazione del minore al campo fenomenologico in cui questo è inserito e, se tale approccio risulta essere ben radicato nella teoria e nella pratica, può rappresentare una via concreta e potente per accompagnare i bambini e le loro famiglie verso un cambiamento autentico e duraturo.

**Table 1.** Tabella esplicativa delle fasi del processo terapeutico e delle tecniche utilizzate, integrate con i diversi approcci.

FASE DELL'INTERVENTO	OBIETTIVO CLINICO	TECNICHE E INTERVENTI UTILIZZATI	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	RISULTATI OSSERVATI
<b>Pre-contatto Costruzione dell'alleanza terapeutica</b>	Ridurre l'attivazione ansiosa iniziale e favorire il senso di sicurezza nel setting.	Sintonizzazione emotiva; tecniche non verbali; osservazione fenomenologica delle modalità di attacco e di organizzazione degli stati dell'lo	Utilizzo di gioco libero, disegno, pupazzi e carte emotive senza richiesta diretta di verbalizzazione. Il terapeuta privilegia osservazioni fenomenologiche e validazione emotiva, rispettando i tempi comunicativi della bambina.	Progressiva riduzione dell'evitamento relazionale; aumento del contatto visivo e della partecipazione spontanea alle attività.
<b>Accettazione delle modalità comunicative alternative</b>	Favorire il contatto comunicativo riducendo la pressione sul linguaggio verbale.	Comunicazione facilitata, con segni e gesti; rinforzo positivo.	La bambina viene incoraggiata a comunicare attraverso cenni, scrittura, indicazioni corporee e scelta di immagini. Tali modalità vengono accolte come strumenti comunicativi funzionali, senza agire forzature.	Incremento dell'iniziativa comunicativa e riduzione della chiusura difensiva nel setting terapeutico.
<b>Avvio al contatto Regolazione emotiva e consapevolezza corporea</b>	Ridurre l'ansia associata all'esposizione sociale e alla verbalizzazione.	Alfabetizzazione emotiva; grounding; respirazione guidata; consapevolezza corporea.	Vengono proposte attività di alfabetizzazione emotiva, in relazione all'età; esercizi di respirazione lenta, riconoscimento delle sensazioni corporee e attività di grounding per aiutare la bambina a identificare i segnali fisiologici dell'ansia e aumentare le capacità autoregolatrici.	Riconoscimento delle emozioni di base, con migliore tolleranza dell'attivazione emotiva e diminuzione delle manifestazioni somatiche d'ansia durante le interazioni.
<b>Esposizione graduale alla verbalizzazione</b>	Ridurre l'evitamento verbale e aumentare il senso di autoefficacia.	Esposizione graduale; shaping; rinforzo positivo.	È stata costruita una gerarchia condivisa delle situazioni comunicative ansiogene. Si è lavorato progressivamente da suoni e parole isolate fino a brevi verbalizzazioni spontanee in presenza della terapeuta e successivamente di altre figure significative.	Comparsa progressiva della verbalizzazione nel setting terapeutico e riduzione dell'ansia anticipatoria.
<b>Contatto Pieno Elaborazione emotiva e simbolica dei vissuti</b>	Favorire l'espressione emotiva e la mentalizzazione dei vissuti relazionali.	Gioco simbolico; tecniche espressive.	Attraverso storie, pupazzi, disegni e rappresentazioni simboliche, la bambina ha potuto esprimere paure legate al giudizio, all'errore e all'esposizione sociale. La terapeuta facilitava il riconoscimento emotivo nel "qui e ora".	Maggiore capacità di riconoscere e comunicare emozioni e bisogni relazionali.
<b>Interventi di riparazione</b>	Modificare vissuti inibitori relativi all'espressione di sé.	Permessi relazionali; riconoscimento dei messaggi interiorizzati.	Durante le sedute venivano esplorati, in forma compatibile con l'età evolutiva, vissuti di paura del giudizio e dell'errore. La terapeuta sosteneva esperienze relazionali correttive basate su accettazione e legittimazione dell'espressione personale.	Riduzione dell'inibizione e aumento della spontaneità relazionale.
<b>Coinvolgimento genitoriale</b>	Ridurre i rinforzi involontari del mutismo selettivo e favorire la generalizzazione dei progressi.	Psicoeducazione; parent training; supporto alla co-regolazione.	Ai genitori sono state fornite indicazioni per ridurre la pressione comunicativa, incoraggiare risposte sostitutive e valorizzare i tentativi spontanei di verbalizzazione. Sono stati inoltre promossi atteggiamenti di sintonizzazione emotiva e contenimento ansioso.	Miglioramento delle dinamiche comunicative familiari e maggiore supporto all'autonomia comunicativa della bambina.
<b>Generalizzazione ai contesti esterni</b>	Estendere le competenze comunicative ai diversi contesti di vita.	Collaborazione scuola-famiglia-terapia; esposizione graduale nei contesti naturali; rinforzo positivo.	Sono state promosse occasioni progressive di verbalizzazione in ambienti extrasetting (scuola, attività sociali, contesti familiari allargati), con coordinamento tra terapeuta, genitori e insegnanti per sostenere la continuità degli interventi.	Aumento della verbalizzazione nei contesti esterni e maggiore partecipazione sociale e scolastica.
<b>Post contatto Integrazione dell'esperienza terapeutica e consolidamento di competenze emotive e relazionali</b>	Favorire l'integrazione dei cambiamenti acquisiti e sostenere la continuità del senso di sé al di fuori della relazione terapeutica.	Convalida delle emozioni percepite, permesso di esistere così come si è. Rituale di chiusura del percorso.	Nelle fasi finali del percorso terapeutico sono stati condivisi e rielaborati i cambiamenti emersi durante il trattamento, favorendo la consapevolezza delle risorse sviluppate e delle nuove modalità relazionali sperimentate. Attraverso momenti di riflessione condivisa, verbalizzazione dell'esperienza emotiva e rituali simbolici di conclusione, la bambina è stata accompagnata nell'elaborazione della separazione terapeutica.	Maggiore consapevolezza delle proprie competenze relazionali ed emotive; consolidamento del senso di autoefficacia; vissuto di separazione maggiormente tollerabile e integrato.

## REFERENCES

1. Santo Stefano, S. (2002). *Psicoterapia integrata per bambini e adolescenti* (Vol. 1). Roma: Sovera Edizioni.
2. Buonanno, C., & Muratori, P. (2020). Modelli di parent training. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva-Open Access*, (46).
3. Gold, J. R. (2000). *Concetti chiave in psicoterapia integrata* (Vol. 19). Roma: Sovera Edizioni.
4. Spagnuolo Lobb, M., & Levi, N., & Williams A. (2019). *La psicoterapia della gestalt con i bambini*. Franco Angeli Editore.
5. Polster, E., & Polster, M. (1986). *Terapia della Gestalt integrata: Profili di teoria e pratica*. Milano: Giuffrè.
6. Wheeler, G. (2000). Per un modello di sviluppo in psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, XVI, 30/31: 40-57.
7. Francesetti, G., Spagnuolo Lobb, M., & Mione, M. (2010). Il processo di contatto formativo in psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, 2, 2010, 27-46.
8. Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1971). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*. Roma: Astrolabio.
9. Gigante, E. (2018-2022). Psicoterapia in età evolutiva. *Materiale Didattico SIPGI*.
10. Spagnuolo Lobb, M. (2015). Il sé come contatto: il contatto come sé: un contributo all'esperienza dello sfondo secondo la teoria del sé della psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt*, 2, 2015, 25-56.
11. Gigante, E. (2018-2022). Integrazione tra teoria dell'attaccamento e terapia centrata sulla persona. *Materiale Didattico SIPGI*.
12. Oaklander, V., & Cannata, F., & Giordania, M.B. (2021). *Il tesoro nascosto. Alla ricerca del sé del bambino. La psicoterapia della Gestalt per bambini ed adolescenti*. Homo Scrivens.
13. Rogers, C. R. (2007). *Terapia centrata sul cliente* (Vol. 7). Edizioni la Meridiana.
14. Oaklander, V. (1999). *Il gioco che guarisce. La psicoterapia della Gestalt con bambini e adolescenti*. Catania: E.P.C.
15. Khanna, M. S., & Kendall, P. C. (2023). *La ricetta della resilienza: Una guida per crescere bambini senza paure in un mondo di ansie*. Milano: FrancoAngeli.
16. Di Pietro, M., & Bassi, E. (2013). *L'intervento cognitivo-comportamentale per l'età evolutiva: Strumenti di valutazione e tecniche per il trattamento*. Roma: Edizioni Centro Studi Erickson.
17. Di Pietro, M. (2015). *La terapia razionale emotiva comportamentale: Guida per la pratica clinica e per la formazione*. Roma: Edizioni Centro Studi Erickson.
18. Romanini, M. T. (1997). Analisi transazionale con i bambini. *Quaderni del Centro di Psicologia e AT*, (20-21), 13-34.
19. Novellino, M. (2004). *L'approccio clinico all'analisi transazionale. Epistemologia metodologia e psicopatologia clinica* (Vol. 19). Milano: FrancoAngeli.
20. Stern, D.N., & Biocca, L., M., & Biocca, A. (2012). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringheri
21. Caviglia, G., & Russolillo, L. A. (2016). *Teoria dell'attaccamento*. Roma: Carocci.
22. Rezzonico, G., Iacchia, E., & Monticelli, M. (Eds.). (2018). *Mutismo selettivo: sviluppo, diagnosi e trattamento multisituazionale*. Milano: FrancoAngeli.
23. Di Pietro M., Salviato C. (2022). *Il mutismo selettivo. Una guida pratica*. Roma: Carocci.
24. Capobianco, M. (2009). Il Mutismo Selettivo: diagnosi, eziologia, comorbidità e trattamento. *Cognitivismo clinico*, 6(2), 211-228.
25. Rezzonico, G., Monticelli, M., Travagin, G., & Iacchia, E. (2018). *Trattamento multisituazionale del mutismo selettivo: il modello MST. In Mutismo selettivo. Sviluppo, diagnosi e trattamento multisituazionale* (pp. 79-106). Milano: FrancoAngeli.
26. Shipon-Blum, E. (2010). *Comprendere il mutismo selettivo: guida per genitori, insegnanti e terapeuti*. Bari: Edizioni La Meridiana.
27. Cartacci, F. (2002). *Bambini che chiedono aiuto. L'ascolto e la cura nella terapia dell'esperienza*. Milano: Unicopli
28. Maggi, M., & Ricci, A. (2021). *Educare alla Genitorialità. Manuale operativo a uso formativo e auto formativo per potenziare e sostenere le competenze genitoriali*. Milano: Franco Angeli.
29. Levi, N. (2014). *La gabbia dorata dell'adattamento creativo: un approccio gestaltico alla psicoterapia con bambini e adolescenti*. In: G. Francesetti, M. Gecele, J. Roubal (a cura di) *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*. Milano: Franco Angeli.
30. Santostefano, S. (2002). *Psicoterapia integrata per bambini ed adolescenti. Metateoria Pluralistica*. (Vol.1). Roma: Sovera.